

Nom du service : Chirurgie générale et digestive

## Intervention/traitement proposé : CHIRURGIE DE L'ÉVENTRATION

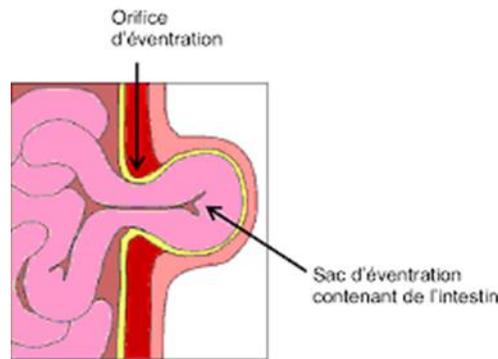
### Objectif

Votre chirurgien vous a diagnostiqué une éventration et vous propose cette intervention qui a pour objectif de replacer les viscères dans l'abdomen et de restaurer de manière durable l'intégrité de la paroi abdominale.

### Nature

#### Qu'est-ce qu'une éventration :

Une éventration, également appelée « hernie incisionnelle », se forme lorsqu'une hernie apparaît au niveau d'une incision chirurgicale. Il s'agit d'une faiblesse, voire d'un « trou », dans les muscles de la paroi abdominale qui se développe après une opération. Les viscères abdominaux peuvent alors traverser ce trou, surtout lorsque vous êtes debout et que vous effectuez des efforts, ce qui entraîne une augmentation progressive de la taille de la hernie. En revanche, elle tend souvent à diminuer ou disparaître lorsque vous êtes allongé(e) et au repos.



#### Est-ce fréquent ? Pourquoi ai-je cela ?

On sait que plus d'une opération abdominale sur dix entraîne la formation d'une éventration. Plusieurs facteurs de risque sont clairement identifiés : l'obésité, le tabagisme, la dénutrition, la chirurgie en urgence, l'infection de la cicatrice après une intervention précédente, les efforts après l'opération (comme le port de charges, la toux ou la constipation), ainsi que les antécédents de hernies. En général, tout ce qui ralentit le processus de cicatrisation favorise l'apparition d'une éventration.

#### Quel est le risque de conserver une éventration ?

Parfois, les éventrations peuvent être douloureuses si un segment du tube digestif s'y trouve, légèrement tordu, ce qui perturbe le transit intestinal. La complication la plus grave, bien que rare, est l'étranglement du segment digestif, lorsqu'il reste coincé dans l'éventration et commence à souffrir, nécessitant ainsi une intervention chirurgicale d'urgence. De plus, une éventration peut entraîner une gêne esthétique et même mécanique, en particulier lorsqu'elle est de grande taille.

## Déroulement de l'opération :

L'intervention se réalise généralement sous anesthésie générale, bien qu'une anesthésie locorégionale ou locale soit parfois possible. Ce point sera abordé lors de la consultation pré-anesthésique et pourra également être discuté avec votre chirurgien. Une check-list obligatoire, effectuée juste avant l'intervention, contribue à garantir votre sécurité.

L'opération peut être réalisée en ouvrant l'abdomen (voie ouverte ou laparotomie), ou par une approche mini-invasive (coelioscopie ou robot assisté). Le choix de la technique dépend des caractéristiques de votre hernie et des aspects techniques que votre chirurgien évaluera.

## Risques pertinents

---

### 1. Risques pendant l'intervention :

Les principaux risques concernent des lésions des organes voisins, notamment du tube digestif, qui surviennent dans environ 10% des cas, souvent lors des manœuvres de libération des viscères. Dans la plupart des cas, ces lésions sont détectées pendant l'intervention et suturées, mais cela peut augmenter le risque d'infection et amener le chirurgien à ajuster la technique de réparation ou à changer la prothèse utilisée. Parfois, il peut être nécessaire d'enlever un organe ou une partie d'organe, et cette décision sera prise par le chirurgien dans les meilleures conditions. Si l'intervention se fait par coelioscopie, il se peut qu'il faille ouvrir l'abdomen, surtout en cas de difficultés techniques.

### 2. Risques immédiats après l'intervention

- **Hématome** : Il survient dans environ 20% des cas et ne nécessite une réintervention que rarement. Il est plus fréquent chez les patients sous traitement anticoagulant ou antiagrégant, et peut augmenter le risque d'infection.
- **Sérome** : Il s'agit de l'accumulation de liquide clair (non infecté) entre les différentes couches séparées lors de l'opération. Ces poches peuvent être évacuées par ponction, pose de drains, voire une ré-intervention dans certains cas.
- **Iléus**: Un retard du transit intestinal, qui touche environ 10% des patients, en particulier lorsqu'une grande éventration a été traitée. Cela peut entraîner des nausées, vomissements et ballonnement abdominal, et nécessite parfois la pose d'une sonde gastrique pour vider l'estomac.
- **Infection** : Environ 3 à 5% des patients peuvent développer une infection, souvent superficielle, qui se traite avec un simple pansement. Si l'infection touche la prothèse, elle peut devenir chronique et nécessiter son retrait pour contrôler l'infection.
- **Complications générales** : Comme pour toute intervention chirurgicale, des complications telles que thrombose, phlébite, infection urinaire, infection respiratoire, allergies médicamenteuses, ou décompensation de maladies préexistantes (cardiaque, respiratoire, métabolique) peuvent survenir.

### 3. Risques à long terme

- **Récidive** : elle survient dans environ 12% des cas, et peut parfois se traduire par une protrusion de la prothèse à travers l'ancienne ouverture de l'éventration, notamment après une intervention par coelioscopie.
- **Douleurs chroniques** : environ 2% des patients souffrent de douleurs persistantes sur la paroi abdominale, souvent dues à l'irritation des nerfs sensitifs en contact avec la prothèse. Un traitement de longue durée peut être nécessaire pour gérer ces douleurs.

## Soins de suivi

---

Après votre intervention, il est possible que des drains soient posés ou non pour prévenir l'apparition de sérome ou d'hématome. Si la chirurgie ne concernait pas le tube digestif, vous pourrez être rapidement réalimenté et levé. Dans de nombreux cas, l'opération peut se faire en hospitalisation ambulatoire. Après votre sortie de l'hôpital, vous n'êtes pas tenu de rester au repos, mais il est important d'éviter les efforts physiques qui sollicitent la paroi abdominale, comme porter des charges lourdes, pousser un caddie, soulever un enfant, pratiquer du sport, faire des exercices de type « abdos », etc., pendant les quatre à six premières semaines. Une consultation avec votre chirurgien est prévue entre 15 jours et 1 mois après l'opération.

## Alternatives

---

La seule alternative à l'intervention chirurgicale est l'abstention thérapeutique, c'est-à-dire choisir de ne pas procéder à l'opération et de conserver l'éventration. Cela peut être envisagé lorsque le risque de complications ou la gêne causée par l'éventration sont faibles, ou au contraire, lorsque les risques de l'opération sont jugés trop importants. Votre chirurgien évaluera avec vous la balance entre les bénéfices et les risques.

## Répercussions financières

---

### Contactez le Service Financier Patients

[sfp@ghdc.be](mailto:sfp@ghdc.be)

060/11.07.00 (entre 08h30 et 14h00)

### Site Les Viviers

Rue du Campus des Viviers, 1  
6060 Gilly

**Des permanences sont organisées** les lundis et mardis de 8h30 à 12h et les mercredis et jeudis de 12h30 à 16h.

Durant les mois de juillet et août, une permanence est organisée les lundis et mardis de 08h30 à 12h et le jeudi de 12h30 à 16h.

## Conséquences en cas de refus ou de retrait de consentement

---

Les conséquences d'une abstention chirurgicale peuvent être discutées avec vous.

**Le chirurgien est à votre disposition pour toute information complémentaire**

## Références bibliographiques

---

<https://www.sfchirurgiedigestive.fr/fiche-information/les-eventrations/> (consulté en avril 2025)

Rédaction	Validation	Vérification	Approbation
Dr Raffaele Calicis, Médecin - Chirurgie digestive	Luana Di Stefano, Documentaliste	Dr Nicolas Tinton, Médecin chef de service  Sarah Nyangore, Qualiticienne	Dr Emmanuel Cambier, Médecin chef de pôle

CHIRDIG-CE-008 – V01 – Approuvé le 16/04/2025  
Date de la prochaine révision : 16/04/2028

